

Adenomiomatosis vesicular pseudotumoral: Diagnóstico ecográfico. Caso clínico

Carolina Whittle¹, Juan Hepp², Eduardo Soto¹, Juan Niedmann¹, Marcela Cortés¹.

Pseudotumoral adenomyomatosis of the gallbladder diagnosed by ultrasound. Report of one case

Adenomyomatosis of the gallbladder wall is a frequent benign degenerative hyperplasia of unknown etiology. In some cases it looks like a malignant tumor. The diagnosis can be suspected during ultrasound examination. We report a 36 year-old male that presented with nonspecific dyspepsia. The ultrasound showed a gallbladder mass with small cyst and echogenic spot inside that suggested the presence of Rokitansky-Ashoff sinuses, seen in adenomyomatosis. The patient was operated and the tumor was excised. The pathological examination of the surgical specimen confirmed the presence of gallbladder adenomyomatosis (Rev Méd Chile 2007; 135: 212-15).

(Key-words: Adenomyoma; Ultrasonography; gallbladder)

Recibido el 23 de mayo, 2006. Aceptado el 22 de junio, 2006.

¹Servicio de Ecotomografía. ²Servicio de Cirugía, Clínica Alemana de Santiago.

La vesícula biliar es un órgano que puede ser afectado por distintas patologías benignas, algunas de las cuales se asemejan a una tumoración maligna. Entre ellas destaca la adenomiomatosis vesicular, que presenta características ecográficas específicas que permitirían sospechar su diagnóstico en forma preoperatoria.

OBJETIVO

El objetivo de esta presentación es mostrar un caso clínico de adenomiomatosis vesicular difusa, discutir el diagnóstico preoperatorio y revisar la bibliografía.

Correspondencia a: Dra. Carolina Whittle. Servicio de Ecotomografía, Clínica Alemana de Santiago. Vitacura 5951, Vitacura. Santiago, Chile. Fax 56 (2) 2101350. E mail: cwhittle@alemana.cl.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 36 años, con antecedentes de dispepsia inespecífica de varios años de evolución. Consultó por estos síntomas.

El examen físico no mostraba hallazgos anormales. La vesícula no era palpable.

Entre sus antecedentes destacaba ecotomografía previa, años antes, que habría sido normal. Panendoscopia demostró gastritis crónica erosiva.

Fumador de 30 cigarrillos diarios, presentó neumotórax izquierdo tratado hace años. No usaba medicamentos en forma habitual.

Fue derivado a nuestro servicio para la realización de ecotomografía abdominal. Examen que fue realizado en agosto de 2000, donde se demostró tumoración del lecho vesicular de aspecto sólido, caracterizada por engrosamiento de la pared de fondo y cuerpo que deja un lumen pequeño, sin

evidencias de cálculos. Había presencia de imágenes ecogénicas con artefacto en estalactita en su espesor. En conclusión, se demostró tumoración vesicular con signos que sugerían el diagnóstico probable de extensa adenomiomatosis del fondo y cuerpo vesicular (Figuras 1 y 2).

Se complementó con tomografía axial computarizada abdominal, que confirmó la existencia de tumoración del área vesicular, planteando la posibilidad de neoplasia vesicular o lesión del ángulo esplénico del colon. La lesión no infiltraba el hígado (Figuras 3 y 4).

El paciente fue operado el 25.08.2000, realizándose colecistectomía. La exploración del resto de la cavidad abdominal fue negativa.

La biopsia confirmó el diagnóstico de adenomiomatosis vesicular difusa (Figuras 5 y 6).

DISCUSIÓN

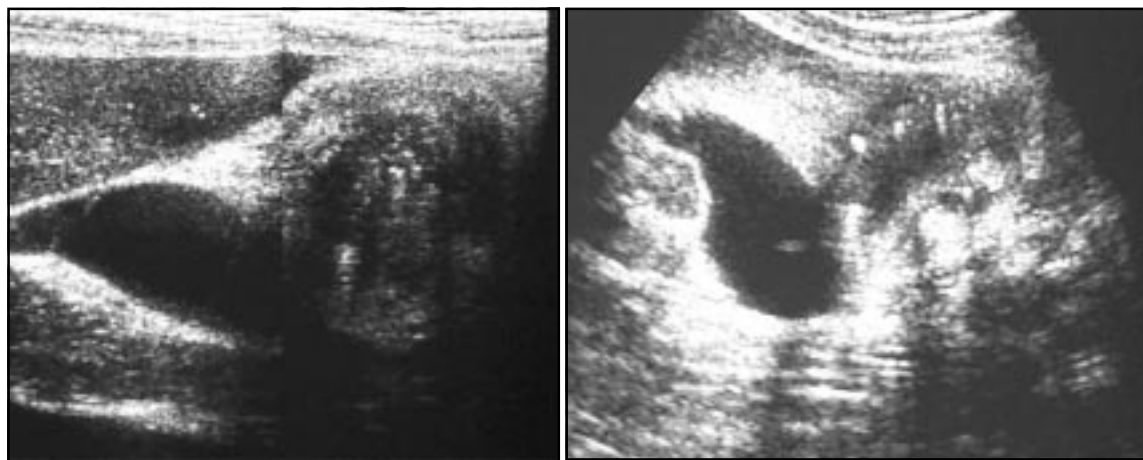
La adenomiomatosis vesicular corresponde a una proliferación del epitelio y de la musculatura lisa. El epitelio vesicular que normalmente reviste la pared de este órgano puede extenderse hasta la subserosa y alcanzar la serosa, formando divertículos intramurales que se conocen como senos de Rokitansky-Aschoff¹. Células musculares lisas hiperplásicas acompañan estas invaginaciones, las que contienen bilis, mucus o cálculos. Pueden estar presentes cambios inflamatorios, así como cambios metaplásicos (metaplasia intestinal, metaplasia glandular pilórica).

Alteraciones displásicas y carcinoma *in situ* o invasivo pueden surgir del epitelio con hiperplasia adenomiomatosa; sin embargo, la mayoría de los autores cree que el desarrollo de carcinoma está relacionado con la presencia de cálculos, inflamación crónica y cambios metaplásicos, más que con hiperplasia adenomiomatosa, por lo que ésta no se considera una lesión premaligna².

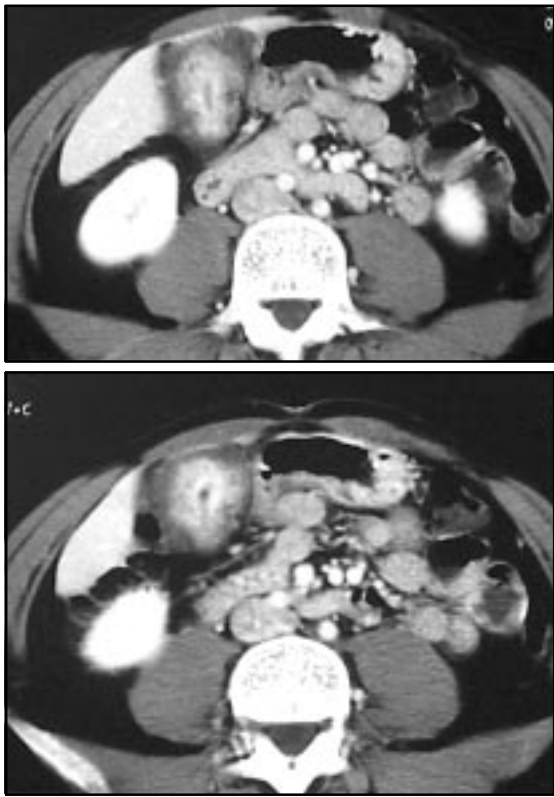
En resumen, representa una condición de hiperplasia benigna y degenerativa de naturaleza desconocida de la vesícula biliar³. El engrosamiento local o difuso de la mucosa y de la capa muscular dado por hiperplasia con invaginación del epitelio forma los llamados senos de Rokitansky-Aschoff con la consiguiente obstrucción funcional del flujo de bilis^{3,4}.

La prevalencia de la adenomiomatosis es desconocida³. Algunos pacientes, a veces, pueden referir dolor abdominal en el cuadrante superior derecho, muchas veces, sin embargo, indistinguible de la colecistopatía litiasica⁴. No hay pruebas concluyentes de que sea una enfermedad sintomática. Probablemente dependiendo de la duración, extensión y severidad de los síntomas se debe considerar la colecistectomía, ya que existe relación entre adenomiomatosis segmentaria y cáncer de vesícula, especialmente en pacientes mayores de 60 años^{3,6,8}.

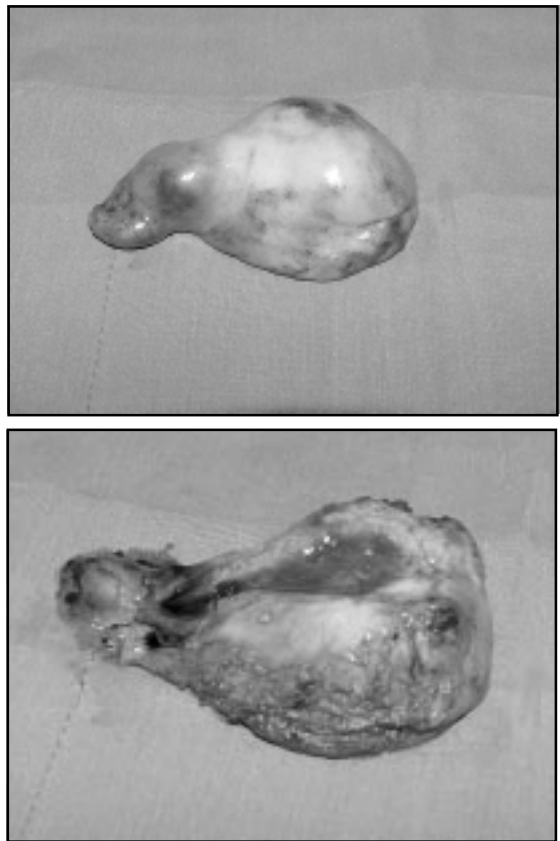
La hiperplasia adenomiomatosa vesicular actualmente se reconoce como una condición común de la pared vesicular que se encuentra en hasta 8,7% de las colecistectomías⁹. En la literatura se le



Figuras 1 y 2. Ecotomografía de región vesicular muestra marcado engrosamiento de la pared con disminución del lumen. A mayor acercamiento se observa presencia de imágenes quísticas con puntos ecogénicos con reverberación en su interior compatible con senos de Rokitansky-Aschoff.



Figuras 3 y 4. Cortes axiales de tomografía en el hipocondrio derecho confirman la presencia de tumoración sólida del lecho vesicular en íntimo contacto con ángulo esplénico del colon.



Figuras 5 y 6. Pieza macroscópica de la vesícula biliar.

conoce con diferentes denominaciones, incluyendo adenomiomatosis, adenomioma, enfermedad diverticular, diverticulosis intramural, colecistitis quística y colecistitis *glandularis proliferans*.

Esta entidad es más común en mujeres que en hombres, la mayoría consulta por síntomas inespecíficos, como dolor crónico en el cuadrante superior derecho, y 90% tiene colelitiasis coexistente⁹. La presentación clínica está frecuentemente asociada con litiasis (84%) e inflamación crónica.

De acuerdo a la extensión en la pared vesicular, se han identificado tres formas: difusa (compromete toda la pared vesicular), segmentaria (compromete el tercio proximal, medio o distal de manera circular pudiendo presentar una configuración en reloj de arena) y local o fúndica (la que está confinada casi exclusivamente al fondo vesicular), siendo esta última la más frecuente (48%)⁵⁻⁷.

Al estudio por imágenes, la presencia de quistes intramurales (divertículos anecoicos) con artefactos de reverberación con completo o parcial engrosamiento de la pared vesicular es considerado como criterio diagnóstico en el examen de ultrasonido^{3,9}. La resonancia magnética provee información útil y muchas veces la confirmación del diagnóstico^{10,11}.

En formas leves, pueden no pesquisarse alteraciones ecográficas. Su apariencia al ultrasonido es mayoritariamente la de un engrosamiento focal o difuso de la pared vesicular, lo que constituye un hallazgo inespecífico. El estrechamiento del lumen vesicular puede ser visto en las variantes difusa y segmentaria y esta última produce estrechamiento focal del cuerpo vesicular.

Los divertículos intramurales son fundamentales para el diagnóstico ecográfico, observándose como espacios anecogénicos en la pared vesicular

si contienen bilis, o ecogénicos si contienen barro biliar, colesterol o cálculos.

El artefacto de reverberación en cola de cometa o en forma de V que surge de pequeños focos ecogénicos de la pared es el sello de la hiperplasia adenomiomatosa y es creado por el material dentro del divertículo¹. Este artefacto no debe ser confundido con aire dentro del lumen o de la pared vesicular (colecistitis enfisematosa), donde es útil para diferenciar el desplazamiento de las burbujas de aire con el cambio de posición del paciente, en lugar de la configuración más lineal ocasionada por la reverberación en forma de V de la hiperplasia adenomiomatosa.

Puede encontrarse sombra acústica posterior cuando se ha formado un cálculo dentro del divertículo.

En tomografía computarizada, muestra engrosamiento parietal focal o difuso; sin embargo,

tiene la limitación de no poder demostrar los pequeños espacios quísticos y depósitos en la pared que se identifican con ultrasonido, responsables del artefacto de reverberación¹².

En resonancia magnética, T2 es útil para visualizar los senos de Rokitansky-Aschoff que permiten diferenciar la hiperplasia adenomiomatosa del carcinoma vesicular¹³.

En conclusión, la adenomiomatosis vesicular se reporta como una entidad benigna frecuente, en especial en la forma localizada. Las formas difusa o segmentaria, de menor frecuencia, se presentan como engrosamiento parietal o tumoración con características ecográficas que permiten sospechar su diagnóstico. En el estadio preoperatorio sería aconsejable complementar el estudio con resonancia, lo que permitiría orientar a un mejor diagnóstico y por consiguiente un adecuado manejo terapéutico.

REFERENCIAS

1. NAGESH RAGHAVENDRA B, SUBRAMANYAM BR, HORII SC, MEGIBOW J, HILTON S. Sonography of adenomyomatosis of the gallbladder. Radiologic-Pathologic Correlation. *Radiology* 1983; 146: 747-52.
2. LEVY AD, MURAKATA LA, ROHRMANN CA. Gallbladder Carcinoma: Radiologic-Pathologic Correlation. *RadioGraphics* 2001; 21: 295-314.
3. FOG I, SLOTH H, SONDERGAARD G, SVENDSEN FM. Adenomyomatosis vesicae felleae. *Ugerskr Laeger* 1991; 153: 701-5.
4. MEGUID MM, AUN F, BRADFORD ML. Adenomyomatosis of the gallbladder. *Am J Surg* 1984; 147: 260-2.
5. ERDAS E, LICHERI S, PULIX N, LAI ML, PISANO G, POMATA M ET AL. Adenomyomatosis of the gallbladder. Personal experience and analysis of the literature. *Chir Ital* 2002; 673-84.
6. PERISIC-SAVIC M, COLOVIC R, JANCIC-ZGURICAS M. Diffuse adenomyomatosis of the gallbladder. *Acta Chir Lugosl* 1990; 37: 189-98.
7. SECIL M, KARASU S, SAGOL O, COKER A. Combined segmental and focal adenomyomatosis involving the body of the gallbladder. *J Clin Ultrasound* 2005; 33: 248-50.
8. NABATAME N, SHIRAI Y, NISHIMURA A, YOKOYAMA N, WAKAI T, HATAKEYAMA K. High risk of gallbladder carcinoma in elderly patients with segmental adenomyomatosis of the gallbladder. *J Exp Clin Cancer Res* 2004; 23: 593-8.
9. LEVY AD, MURAKATA LA, ABBOTT RM. Benign tumor and tumorlike lesions of the gallbladder and extrahepatic bile ducts. Radiologic-Pathologic Correlation. *RadioGraphics* 2002; 22: 387-413.
10. MARTINA FM, PANTALONE O, MARESCA G, ANTONIOL OM. Combined diagnostic imaging of adenomyomatosis of the gallbladder. *Rays* 2003; 28: 401-7.
11. YOSHIMITSU K, IRIE H, AIBE H, TAJIMA T, NISHIE A, ASAYAMA Y ET AL. Well-differentiated adenocarcinoma of the gallbladder with intratumoral cystic components due to abundant mucin production: a mimicker of adenomyomatosis. *Eur Radiol* 2005; 15: 229-33. Epub 2004 Nov 3.
12. GERARD PS, BERMAN D, ZAFANLOO S. CT and ultrasound of gallbladder adenomyomatosis mimicking carcinoma. *J Comp Assist Tomogr* 1990; 14: 490-1.
13. YOSHIMITSU K, HONDA H, JIMI M, KUROIWA T, HANADA K, IRIE ET AL. MR diagnosis of adenomyomatosis of the gallbladder and differentiation from gallbladder carcinoma: importance of showing Rokitansky-Ashoff sinuses. *AJR Am Roentgenol* 1999; 172: 1535-40.